IX kadencja



KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

Komisja Zdrowia

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego (nr 12)**

z dnia 26 maja 2022 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego (nr 12)

26 maja 2022 r.

Podkomisja stała do spraw zdrowia publicznego, obradująca pod przewodnictwem posła **Marka Hoka (KO)**, przewodniczącego podkomisji, rozpatrzyła:

– informację na temat aktualnej sytuacji w publicznej opiece stomatologicznej dla dzieci i dorosłych.

W posiedzeniu udział wzięli: **Michał Dzięgielewski** dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, **Renata Górska** konsultant krajowy w dziedzinie periodontologii, **Agnieszka Mielczarek** konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją, **Maciej Nowak** konsultant wojewódzki w dziedzinie periodontologii, **Dorota Olczak-Kowalczyk** konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej, **Teresa Sierpińska** konsultant krajowy w dziedzinie protetyki stomatologicznej.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Monika Korzewicz**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Jakub Stefański** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dzień dobry, szanowni państwo. Witam serdecznie. Otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego. Chciałbym przywitać członków naszej podkomisji, panie posłanki, panów posłów.

Kworum zostało stwierdzone. Chciałem państwa poinformować, że porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat aktualnej sytuacji w publicznej opiece stomatologicznej dla dzieci i dorosłych.

Ta informacja będzie przedstawiona przez przedstawiciela ministra zdrowia. Nie mamy niestety możliwości usłyszenia tej informacji bezpośrednio od pana ministra zdrowia, ale jest pan Michał Dzięgielewski, dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia, którego upoważnienie mam przed sobą i który w imieniu pana ministra będzie tę informację państwu przekazywał. Czy są uwagi do proponowanego porządku obrad?

Jeżeli nie, to przystąpimy do realizacji porządku dziennego. W związku z tym, bardzo proszę pana dyrektora o przedstawienie informacji, o której mówiłem. Bardzo proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Michał Dzięgielewski:

Dzień dobry państwu. W tak ważnym i istotnym temacie jak stomatologia dzieci i dorosłych i obecna sytuacja w publicznej służbie zdrowia ministerstwo przygotowało i przesłało państwu dość szczegółowy wykaz mieszczący się na 29 stronach, gdzie między innymi ujmowaliśmy tabelarycznie zarówno realizację świadczeń opieki zdrowotnej, jak i zasoby kadrowe, jeżeli chodzi o stomatologów. Chciałbym z tego wykazu przytoczyć najistotniejsze sprawy, bo tak jak rozmawialiśmy z panem przewodniczącym, temat stomatologii od lat właściwie nie stawał na Komisji Zdrowia. To jest temat, w którym niewiele się działo przez długie lata. Natomiast ostatnio, widząc istotność problemu oraz także fakt, że nie zmieniała się od lat wycena świadczeń stomatologicznych, jednak zaczęły się poszczególne ruchy.

Po pierwsze, do wykazu świadczeń gwarantowanych wprowadzono nowe świadczenia, badania lekarskie, stomatologiczne i kontrolne po urazie zębów w ramach leczenia endodontycznego zęba z nieuformowanym korzeniem, z zastosowaniem materiału typu MTA, jeżeli chodzi o jeden bądź wiele kanałów, oraz rozszerzono możliwości wykonywania zdjęć rentgenowskich do pięciu zdjęć wewnątrzustnych. Pojawiło się także zdjęcie pantomograficzne z opisem. Zwiększono możliwość czy wydłużono możliwość realizacji świadczenia polegającego na pokryciu lakiem bruzd w pierwszych trzonowcach do 8. roku życia, podniesiono granicę wiekową, co wydaje się istotne, oraz dopisano nowe świadczenie, czyli zabezpieczenie bruzd także w drugich zębach trzonowych, co ma miejsce do ukończenia 14. roku życia.

Kolejna rzecz, którą ruszyliśmy w tej chwili, która jest na końcu swojej ścieżki legislacyjnej, to jest usunięcie amalgamatu z wykazu świadczeń gwarantowanych w lecznictwie stomatologicznym. Ma to związek z zaleceniami unijnymi, które mówią o wycofywaniu amalgamatów z leczenia stomatologicznego. Trwają w tej chwili prace i rozmowy na temat ewentualnej wyceny świadczeń, która będzie miała miejsce po usunięciu amalgamatu, który jest tanim wypełnieniem i który z tego powoduje był stosowany stosunkowo chętnie.

Jeżeli chodzi o nakłady na leczenie stomatologiczne, proszę państwa, to te nakłady stopniowo rosły. O ile w 2018 r. nakłady na stomatologię i zrealizowane świadczenia miały wartość 1,8 mld, w planie finansowym na rok 2022 zapisano 2 318 000 tys., czyli podniesiono o 30% łączną kwotę przeznaczoną na leczenie stomatologiczne.

Od 1 lipca 2020 r. pojawiła się pierwsza zmiana wycen, jeżeli chodzi o stomatologię. Zmiana ta dotyczyła świadczeń endodontycznych. Były to realne, rzeczywiste zmiany wyceny, polegające często na kilkukrotnym podniesieniu wyceny poszczególnych procedur. Endodoncja do tej pory nie była realizowana. Teraz, przy takich środkach finansowych, mamy nadzieję, że będzie taka możliwość.

Jednocześnie Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przeprowadziła analizę wyceny, jeżeli chodzi o świadczenia z zakresu chirurgii stomatologicznej. Zaproponowane zostały pakiety świadczeń i została podniesiona wycena zgodnie z ostatnio prowadzonymi rozmowami z Naczelną Izbą Lekarską. Te wyceny Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadzi od 1 lipca do swojego katalogu, więc to będzie już druga zmiana dużego bloku świadczeń stomatologicznych, polegająca na podniesieniu wyceny, i co za tym idzie, będzie umożliwiała zwiększenie kontraktów i poprawi opłacalność poszczególnych świadczeń.

Mamy nadzieję, że podniesiemy wyceny wypełnień związanych z usunięciem amalgamatu. To tyle z krótkiego przedstawienia obecnej sytuacji. W zestawieniach mają państwo pokazane liczby pacjentów przyjmowanych w poszczególnych latach. Niestety nie da się ukryć, że COVID poczynił także pewne spustoszenia, jeśli chodzi o realizację świadczeń stomatologicznych. Na samym początku gabinety stomatologiczne właściwie się zamknęły i nie tylko dla z ośrodków publicznych, ale także prywatnych. Pierwsza faza lockdownu trwała dość długo, więc widać pewnego rodzaju zapaść w latach 2019–2020, którą obserwowaliśmy w całej medycynie. Nie da się nie zauważyć, że zmniejsza się liczba stomatologów zaangażowanych środki publiczne, ale mamy nadzieję, że wprowadzone zmiany wyceny poprawią tę sytuację. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo, panie dyrektorze.

Rzeczywiście dostaliśmy duży materiał, z którym wszyscy się zapoznaliśmy. Z wypowiedzi pana dyrektora wynika, że prace się toczą, chociaż przez wiele lat mogliśmy odczuć my jako parlamentarzyści, ale chyba przede wszystkim pacjenci, że jest jakaś zmiana. Tym bardziej, że środowisko stomatologii polskiej pewnie wielokrotnie się dopytywało o postępy prac legislacyjnych dotyczących tego świadczenia. Generalnie przecież wiemy doskonale, że opieka stomatologiczna stanowi bardzo istotną funkcję z zadań państwa, jeśli chodzi o zdrowie publiczne. Tymczasem w rękach publicznych jest, jeżeli dobrze wiemy, 17% usług stomatologicznych. Od wielu lat też obserwujemy, że wycofują się instytucje publiczne zapewnienia dostępności do świadczeń stomatologicznych. Na sali

są oczywiście przedstawiciele środowiska i będę prosił o ustosunkowanie się do tego problemu. Szkoda, że nie ma pana ministra, który mógłby usłyszeć od państwa te uwagi, ale myślę, że za pośrednictwem pana dyrektora i nas parlamentarzystów w postaci interpelacji czy też jakichś wniosków odniesiemy się do tego. Jestem przekonany, że resort zdrowia spotyka się z państwem regularnie i rozmawiacie o zmianie wyceny. Ta wycena świadczeń jest od wielu lat chyba niezmieniana, a jeżeli chodzi o nakłady, to jest około 2% całego budżetu Funduszu Zdrowia, przeznaczonych na leczenie stomatologiczne.

To jest kropla, rzeczywiście, a jeżeli to policzymy na złotówki, to jest 52 zł rocznie na jednego polskiego obywatela. Myślę, że jakiegoś szału tutaj nie ma, jeśli chodzi o możliwość pomocy. Problem jest nie tylko stomatologiczny, ale ogólnozdrowotny, ponieważ doskonale przecież wiemy, że sprawy związane z chorobami zębów, uzębienia to jest dramatyczna sytuacja przekładająca się na choroby serca, stawów itd.

Taką nowinką miała być też możliwość leczenia w dentobusach. O tym też od paru lat jakoś cichutko się zrobiło i nie słychać, nie widać. Jeżeli już te dentobusy się pojawiają, to nie zajmują się leczeniem, ale właściwie taką profilaktyką czy też nakładaniem preparatów. Dlatego też będę zachęcał państwa do wystąpień.

Rozpoczynam dyskusję. Poproszę przedstawicieli naszej podkomisji, panie posłanki i posłów. Zgłasza się pani posłanka Marcelina Zawisza. Bardzo proszę, pani posłanko.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Dziękuję, panie przewodniczący. Szanowni państwo, opłakany stan zdrowia zębów Polek i Polaków to jest wynik puszczenia tej dziedziny medycyny przez polskie państwo na żywioł – na żywioł prywatnej ochrony zdrowia. Umyka w tych wszystkich analizach, że żeby tę próchnicę leczyć czy regularnie zapobiegać albo zajmować się w ogóle tymi problemami, które Polki i Polacy z zębami mają, to trzeba mieć na to duże pieniądze. Leczenie na NFZ jest praktycznie niedostępne. Sektor prywatny napompował ceny materiałów i pracy tak, że publiczny nie podejmuje konkurencji. Ani na procedury, ani na wynagrodzenia po prostu nie ma środków. To jest generalnie główny problem, z którym się mierzymy.

Jakbyśmy mieli przełożyć to na inną dziedzinę, to tak jakbyśmy uwolnili całkowicie ceny leków na receptę i później zdziwili się, że ludzie umierają na przykład na cukrzycę. Praktyczne stadium tego mogą sobie państwo obejrzeć w Stanach Zjednoczonych, gdzie właśnie jest ten problem w przypadku ceny insuliny.

Wiemy, że Polki, Polacy ze względów finansowych bardzo często po prostu nie leczą zębów. Zarówno wśród dzieci, jak i dorosłych jest to problematyczne. Wycofanie dentystów ze szkół to bardzo zła decyzja. Do tego rozwiązania należy wrócić. Te dentobusy to jest oczywiście krok w kierunku, ale taki maleńki kroczek, który nie rozwiązuje większości problemów. Zresztą, jak pan przewodniczący powiedział, to jest dbanie o profilaktykę, nakładanie preparatów, a nie zajmowanie się realnymi problemami stomatologicznymi.

Nie mam gotowych rozwiązań, ale sytuacja trochę wykracza poza tę rytualną dyskusję o wycenach, bo to nie jest tylko kwestia wyceny – to jest to kwestia politycznej decyzji państwa, że tę państwową stomatologię będziemy odbudowywać, ale odbudowywać na poważnie. To oznacza, że wchodzimy w konkurencję z sektorem prywatnym z zamiarem zabraniam u pacjentów. Tutaj wracam trochę, robię koło. Będzie trudno, bo będzie kosztowało bardzo dużo pieniędzy, właśnie przez to, że było to puszczone na żywioł. Ale mam wrażenie, że jest to coś, co państwo prostu musi zrobić. My musimy te pieniądze wyłożyć, my musimy zadbać o to, żeby stomatolodzy, dentyści chcieli pracować w państwowych placówkach i realizować świadczenia z NFZ. Żeby one były bardziej dostępne, musimy je lepiej wycenić. Musimy lepiej zapłacić i musimy po prostu konkurować tak, żeby przejąć tych pacjentów. Chcemy żyć w państwie, gdzie nie jest tak, że w zasadzie próchnicę ma każdy obywatel, a ludzie czekają z pójściem do dentysty do momentu, kiedy już jest za późno i tego zęba trzeba usunąć albo wydać na niego majątek, żeby po prostu go utrzymać.

Taka refleksja, że jeżeli po prostu państwo nie zdecyduje i nie będzie politycznych decyzji, to tu się niewiele zmieni pomimo tego, że… Widzę raport i doceniam tutaj,

że państwo widzą te problemy i próbują z nimi walczyć, ale to nie jest decyzja właśnie pana dyrektora, tylko pana ministra, którego tu z nami niestety dzisiaj nie ma. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś z państwa posłów jeszcze chce zabrać głos? Bardzo proszę, pan poseł Jerzy Hardie-Douglas.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Chciałem tylko dodać parę swoich refleksji po wypowiedzi pani poseł Zawiszy. Wydaje mi się, że łudzenie się, że można odbudować publiczną stomatologię, to jest jakaś w ogóle mrzonka. Nic takiego już nie nastąpi, bo to jest wszystko sprywatyzowane, nie ma żadnych gabinetów publicznych, państwowych. To by była w ogóle kwestia zbudowania całej sieci infrastruktury tej publicznej. Natomiast na pewno można myśleć o tym, żeby po prostu refundować, przede wszystkim dzieciom, leczenie, za pieniądze podobne do tych, które prawdopodobnie są brane od pacjentów w gabinetach, aby państwo po prostu płaciło za stomatologię dziecięcą. Tutaj myślę, że stomatolodzy nie mają nic przeciwko temu, żeby leczyć dzieci, ale trzeba za to zapłacić. Wielu rodziców nie stać na to, żeby posłać swoje dzieci do stomatologa. Tak że wydaje mi się, że to jest błędny kierunek nawoływania do tego, żebyśmy odbudowali coś, co od kilkudziesięciu lat praktycznie w Polsce nie istnieje – ta publiczna opieka stomatologiczna. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Teraz czekamy na głos państwa ekspertów. Bardzo proszę się zgłaszać i przedstawić się z imienia, nazwiska, funkcji, ponieważ jest to protokołowane, a ja nie mam możliwości tego… Bardzo proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie periodontologii Renata Górska:

Dzień dobry państwu. Renata Górska, jestem konsultantem krajowym w dziedzinie periodontologii.

Doceniam w ogóle sam fakt, że rzeczywiście zmienia się finansowanie punktów, o które zabiegamy od wielu lat. Właściwie ta taryfa trwa już 20 lat, więc nie możemy mówić w ogóle o tym, że nasze zabiegi, jakiekolwiek, począwszy od samego badania i oprzyrządowania fotela, którego koszt w tej chwili często wynosi znacznie więcej niż usługa, za którą my otrzymujemy pieniądze z Narodowego Funduszu Zdrowia… To jest pierwsza sprawa.

Druga sprawa. Mam pytanie do pana dyrektora. Panie dyrektorze, wspomniał pan, że od 1 lipca inaczej będą finansowane pakiety chirurgiczne. Akurat tak się składa, że periodontologia razem ma kontakt periodontologiczno-chirurgiczny. Chciałam zapytać o periodontologię, jak to wygląda.

Wspomnę też, że my rzeczywiście z 560 czynnych… czynnych to jest 500, czyli bardzo niszowa specjalizacja, która, muszę to powiedzieć, że w tej chwili powinna odgrywać bardzo ważną rolę, ponieważ, jak wiemy, choroby przyzębia są przewlekłym stanem zapalnym, i, co wspomniał pan przewodniczący, wpływa na szereg przewlekłych stanów. Nie tylko uznane jest teraz zapalenie przyzębia za niezależny czynnik ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, ale wpływa oczywiście na choroby neurodegeneracyjne, na RZS, na wczesny poród, niską wagę urodzeniową. Mogłabym tu wymieniać szereg tych jednostek chorobowych. W związku z powyższym, skoro powiedziałam, że z 500 periodontologów tylko 120 w całej Polsce ma podpisany kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, w tych jednostkach niestety, które nawet mają refundacje, to niestety jest tak niewiele jednostek, w których są zatrudnieni specjaliści z chirurgii, a nie z periodontologii. Mimo wszystko kontrakt jest, że tak powiem, all together, czyli razem. Wobec tego ponawiam pytanie do pana dyrektor: Czy to dotyczy tylko chirurgii, czy również periodontologii?

Kłaniam się nisko przedstawicielom z Narodowego Funduszu Zdrowia, żeby jednak periodontologię też wzięli pod uwagę jako bardzo znaczącą, a jednocześnie proszę zauważyć, że jest nas tak mało, że refundacja byłaby mniej kosztowna. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej Dorota Olczak-Kowalczyk:

Dorota Olczak-Kowalczyk, jestem konsultantem krajowym w dziedzinie stomatologii dziecięcej.

Chciałabym powiedzieć jedną rzecz. Usłyszałam tutaj od pani poseł, że podmioty, które miałyby świadczyć usługi dla pacjentów bezpłatnie, czyli w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia lub też innej instytucji, która by to finansowała… jeżeli to będzie rzeczywiście rozbudowywane, to będzie stanowiło konkurencję dla podmiotów prywatnych. I na pewno nie będzie to proste. Chciałam zapewnić, że nie będzie nigdy stanowiło to żadnej konkurencji, jeśli chodzi o Polskę. Może nie nigdy, bo może kiedyś dojdziemy do poziomu, kiedy potrzeby lecznicze naszej populacji będą mniejsze.

Szanowni państwo, jeżeli chodzi o dzieci, o uzębienie mleczne, to potrzeby lecznicze, jakie są w Polsce, pokryte są tylko w około 10–12%, mimo że te dzieci są leczone i w jednostkach świadczących usługi prywatne, i w tych, które są finansowane w Narodowym Funduszu Zdrowia. 10-12% potrzeb tylko w uzębieniu mlecznym. Troszeczkę się to zwiększa w okresie wczesnoszkolnym i dochodzi do około 50–60% już u dzieciaków w wieku kilkunastu lat. Nawet nie ma pokrycia tych potrzeb obecnych, które są.

Druga sprawa, która też jest istotna. Tu odniosę się do wypowiedzi pana. Rzeczywiście nie można się odżegnać od wyceny świadczeń, dlatego że są różne pakiety świadczeń. Są periodontologia, chirurgia, ortodoncja, protetyka i stomatologia dziecięca zachowawcza. W zależności od tego, co w zakresie świadczeń jest, to pacjent współfinansuje swoje leczenie lub go nie współfinansuje. Jeżeli chodzi o pacjentów dorosłych, to tych świadczeń, które finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jest określona liczba, bardzo ograniczona. Za inne procedury, które też są wymagane w leczeniu całościowym, pacjent pokrywa koszty samodzielnie. Natomiast w stomatologii dziecięcej większość procedur, 99%, które służą do normalnego leczenia pacjenta, jest w koszyku świadczeń. Gabinety szkolne, gabinety, które zajmowałyby się tylko dziećmi i młodzieżą, o czym marzymy, mają finansowanie ograniczone wyłącznie do tego, co uzyskują z kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Nie ma taki gabinet dopływu innych środków. Stąd też tak niepopularne są te kontrakty i tak niechętnie są zawierane umowy. To jest bardzo istotne, a wycena świadczeń w stomatologii dziecięce, jest naprawdę bardzo mała i podanie współczynnika 1,2 to jest jakby nie było nic i to jest straszne.

Druga sprawa. Były próby właśnie rozwiązania tej sytuacji, żeby zwiększyć dostępność dla dzieci i młodzieży do gabinetów poprzez te gabinety szkolne, poprzez dentobusy. Jeżeli chodzi o dentobusy… to tutaj przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia są, mogą powiedzieć, że gabinety szkolne mają ograniczoną możliwość wykonywania procedur, ponieważ, proszę państwa, leczenie może się odbywać tylko w obecności i za zgodą opiekuna formalnego. Czyli te gabinety mogą funkcjonować i wykonywać konkretne zabiegi lecznicze wtedy, kiedy jest rodzic, a w ciągu dnia może stosować profilaktykę. Stąd też struktura tych świadczeń jest taka, jaka jest.

W Polsce profilaktyka jest bardzo ważna. Tylko że profilaktyka ma skuteczność wtedy, kiedy zapobiegamy występowaniu albo też nowym zmianom, czyli musimy wyleczyć tych pacjentów. Jeżeli te będą dzieci miały stosowane wyłącznie profilaktykę i nie będą leczone, to ta profilaktyka nie jest skuteczne, ponieważ liczba bakterii kariogennych, które są w jamie ustnej, jest tak wysoka, że żaden środek profilaktyczny nic nie pomoże.

Jeszcze jedna sprawa, która też jest bardzo istotna. Oczywiście poszerzyliśmy ten koszyk świadczeń, myśląc przede wszystkim o dobru pacjentów. Natomiast nie jest to tak zupełnie dobre, jeżeli chodzi o funkcjonowanie gabinetów, postaram się państwu to wyjaśnić. Chcemy jeszcze poszerzyć ten koszyk świadczeń, ponieważ bardzo dużą częścią stomatologii dziecięcej jest traumatologia, nie tylko próchnica. 20% dzieci w Polsce ma uraz taki, który wymaga leczenia przez specjalistę stomatologa dziecięcego. To są różne urazy. Mogę tylko powiedzieć tak… ostatnio mieliśmy zęby wbite do nosa. To są to są rzeczy codzienne i musimy mieć też takie procedury, które nam umożliwią udzielania świadczeń.

Następna rzecz. Przez dwadzieścia kilka lat… Pani profesor, przez ile monitoring był prowadzony? W 1987 był prowadzony w Polsce program monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej. Była też prowadzona bezpośrednia edukacja w stosunku do tych pacjentów, których badaliśmy. Tyle lat.

W tej chwili uzyskałam informacje… Złożyliśmy projekt z prośbą o dalszą realizację, kontynuację takich badań. To są jedyne badania, które dają taką rzetelną wiedzę o tym, co się dzieje w ogóle w naszym kraju, jeżeli chodzi o występowanie, nasilenie, zabezpieczenie potrzeb itd. Plus do tego zaproponowaliśmy edukacyjny program, którym byłoby szkolenie nauczycieli, rodziców, różnych grup, co mają przekazywać dzieciom.

Zrobiliśmy takie badania wśród nauczycieli. Okazało się, że poziom wiedzy nauczycieli wychowania przedszkolnego i wczesnoszkolnego dotyczący zdrowia jamy ustnej jest taki, że oni nie powinni niczego uczyć na ten temat w szkole. Wymyśliliśmy również taki program, który by rozszerzał wiedzę tych, którzy uczą innych. Niestety uzyskałam informację, że nie jest planowane wznowienie, kontynuacja czy prowadzenie takiego programu. Przecież to jest źródło wiedzy dla nas wszystkich, żebyśmy mogli się na czymś oprzeć, chociażby planując opiekę stomatologiczną czy też widząc, co się dzieje i gdzie są największe problemy. Jeżeli my w końcu nie zaczniemy działać edukacyjnie i motywująco, to nic z tego nie będzie. Proszę państwa, jeżeli 95% młodzieży w wieku 18 lat wchodzi w dorosłe życie bez wiedzy i z ubytkami próchnicowymi, to o czym mamy mówić potem w tej populacji dorosłej. To jest bardzo ważne, żeby tę edukację zacząć jak najwcześniej i na zasadzie tej pętli powtarzać, żeby wiedza była, a dzieci były uczone i motywowane do tego, żeby w ogóle dbać o zdrowie jamy ustnej. To nie jest tylko próchnica.

Chciałam państwu powiedzieć, że… Ile kosztuje wizyta u dermatologa? Ja nie wiem, ale na pewno kilkaset złotych kosztuje. Więc my też mamy wizytę: leczenie zmian na błonie śluzowej. To są liszaje, wszystkie poważne choroby śluzówkowo-skórne. Państwo wiedzą, ile kosztuje leczenie zmian na błonie śluzowej w stomatologii? 10 zł czy 12 zł. Za tyle ma przyjść pacjent, mamy go posadzić na fotelu, zbadać, zdiagnozować, włożyć swoją wiedzę, wyleczyć…

Konsultant krajowy w dziedzinie periodontologii Renata Górska:

I za tyle wychodzi profesor też… Ja takich udzielam konsultacji na uczelni dziesiątki i płacą, tak jak powiedziałam…

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Jeżeli już to do mikrofonu.

Konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej Dorota Olczak-Kowalczyk:

Pani ma współczynnik, a ja nie mam współczynnika, więc taniej…

Konsultant krajowy w dziedzinie periodontologii Renata Górska:

Ja robię badania oddzielnie i oddzielnie leczenie.

Konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej Dorota Olczak-Kowalczyk:

Szanowni państwo, ja się zgadzam z tym, co pani powiedziała i z tym, co pan mówił również. Tak naprawdę mówicie państwo podobne rzeczy. To, jaka to będzie struktura, to nie jest istotne. Ważne jest, żeby zapewnić dostępność, żeby w końcu nie było czegoś takiego, że my stworzymy system dentobusów czy jakichś tam innych i wierzymy w to, że będzie dobrze. Nie będzie. Niech będzie ten system, on jest bardzo potrzebny. Tylko po prostu zróbmy tak, żeby były tam udzielane rzetelne, prawdziwe świadczenia. Potrzebne są zmiany.

Przepraszam, że tak długo, ale akurat stomatologia dziecięca to jest… Proszę państwa, to są małe dzieci. My musimy te dzieci leczyć czasami na siłę, czasami nie możemy wykonać procedury. To jest naprawdę ciężka praca i bardzo bym chciała, żeby u tych dzieci nie było chorób.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękujemy bardzo, pani profesor.

My już od wielu lat mówimy o edukacji prozdrowotnej, nie tylko dotyczącej stomatologii. Jest wśród nas wielu takich, którzy mówią od lat, że powinien być obowiązkowy

przedmiot w szkole podstawowej, na poziomie III–IV klasy, który zajmowałby się nauką o zdrowiu. Profilaktyka nie stomatologiczna, ale odżywianie, higieniczny tryb życia, aktywność fizyczna. Przecież co z tego, że my wprowadzimy profilaktykę stomatologiczną, jak za chwilę dziecko pójdzie do kiosku szkolnego i kupi sobie pączka i popije coca-colą. W domu będzie parę godzin siedziało przed telewizorem albo przy smartfonie. Taki przedmiot powinien być raz w tygodniu i to przez cały okres szkoły podstawowej. Tak ja uważam i takie próby chcieliśmy wprowadzić jeszcze w naszych poprzednich możliwościach parlamentarnych. No ale, tak jak mówimy, są hasła, są dentobusy, gabinety stomatologiczne, które nie wrócą do szkół, co jest zupełnie nierealne wbrew marzeniom pani posłanki. Trzeba zacząć od początku, wprowadzić całą tę nową generację w inny sposób postrzegania zdrowia, profilaktyki. Przecież my cały czas mówimy o problemach i kosztach zdrowotnych, podczas gdy nikt nie mówi o kosztach pośrednich, czyli tych związanych z późniejszą opieką, rodzicami, ze zwolnieniami, z rentami, chorobami, a to jest jeszcze bardziej kosztowne niż sam proces leczenia.

Tak że, panie dyrektorze, pan tak optymistycznie… Dużo się dzieje, ale jak słuchamy środowiska, to oczekiwania są zupełnie inne, ale przede wszystkim pacjentów. Jak mówimy: edukacja – od tego powinniśmy rozpocząć.

Bardzo proszę, proszę też się przedstawić do mikrofonu.

Konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją Agnieszka Mielczarek:

Dzień dobry państwu. Nazywam się Agnieszka Mielczarek i reprezentuję specjalność stomatologia zachowawcza z endodoncją.

Ideą naszej specjalności jest to, żeby zachować naturalne uzębienie jak najdłużej u pacjenta. Chcę państwu powiedzieć, że współczesna endodoncja naprawdę proponuje nam szereg nowoczesnych rozwiązań, które pozwalają to uzębienie zachować długo w dobrej kondycji. Jeśli proponujemy polskiemu pacjentowi leczenie endodontyczne od trójki do trójki, tak zwany uśmiech, który już jest, powiem szczerze, w niektórych środowiskach takim elementem humoru i różnych dowcipów na ten temat, że polski pacjent może uśmiechać się od trójki do trójki, ponieważ NFZ refunduje tylko w tym zakresie leczenie endodontyczne…

My jesteśmy specjalnością, która jako jedyna nie ma procedur specjalistycznych, plus stomatologia dziecięca. Nie mamy żadnego współczynnika. Dodam, że postulaty o to, abyśmy byli traktowani na równi z innymi specjalnościami, w każdym raporcie rocznym konsultanta, w zasadzie większość tych podsumowań, wniosków mogłabym na zasadzie kopiuj/wklej do pana ministra składać co roku, ponieważ żadna z tych naszych propozycji nie spotkała się z należytym uznaniem.

Chcę też zwrócić państwa uwagę na jeszcze jedną, bardzo ważną rzecz. Stoimy przed dylematem tzw. srebrnego tsunami, czyli starzenia się społeczeństwa. Za kilka lat znaczny odsetek osób w naszej populacji to będą seniorzy. Senior to jest taki specyficzny pacjent, który jest obarczony ryzykiem wielochorobowości i polifarmakologii, a więc jest to pacjent, który cierpi na wiele chorób ogólnych, przyjmuje znaczną liczbę leków, których interakcje między nimi nie są do końca przewidywalne. Zwłaszcza, jeśli leczymy pacjenta w takim systemie, że nie jest objęty na przykład opieką holistyczną lekarza prowadzącego czy geriatry, tylko każdy specjalista ordynuje swoje specyfiki, to często powikłaniem, które się z tym wiąże, jest zmniejszenie wydzielania śliny, a ślina jest dla nas w jamie ustnej czymś, czym jest krew dla organizmu. W związku z tym to ryzyko wystąpienia patologii w jamie ustnej jest bardzo duże.

Taki pacjent, podobnie jak pacjent w wieku dziecięcym, jest pacjentem trudnym, dlatego że lekarz musi często uzgodnić, konsultować z lekarzem prowadzącym możliwość wykonania procedur. Musi też to leczenie prowadzić w takim toku indywidualnym. W związku z tym też sygnalizuję, że to, co nas za chwilę czeka, ten zakres usług, który nasza specjalność reprezentuje, będzie również problemem, bo będziemy mieli zacznie zwiększoną liczbę pacjentów, którzy wymagają takiej holistycznej opieki stomatologicznej.

Procedury endodontyczne. Ja chciałabym też pana zapytać, od kiedy ten cennik nowy, taki pana zdaniem urealniony, na poziomie cen rynkowych, pojawił się w endodoncji.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

(*wypowiedź poza mikrofonem*)

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Panie dyrektorze, będzie czas, będzie do mikrofonu, więc proszę odpowiedzieć potem.

Konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją Agnieszka Mielczarek:

Chcę tylko powiedzieć, że właśnie… nie wydaje mi się, żeby to były realne ceny, takie, które środowisko satysfakcjonują. Ale też chcę powiedzieć, że… W związku z tym pacjenci, szczególnie pacjenci w wieku senioralnym, często decydują się na ekstrakcje zębów, bo nie stać ich na to leczenie endodontyczne.

Natomiast musimy też sobie zdać sprawę z tego, że to, czy układ stomatognatyczny, narządu żucia funkcjonuje w odpowiedni sposób, bardzo wpływa również na zachowanie funkcji poznawczych i to u pacjenta senioralnego też jest bardzo istotne.

Chciałabym też zwrócić państwa uwagę na to, że w myśl zasady „czym skorupka za młodu" bardzo ważne jest, żebyśmy opieką stomatologiczną, profilaktyką otoczyli dzieci i młodzież. Musimy też pamiętać o tym, że ta profilaktyka musi być ukierunkowana na różne grupy populacyjne. Jeśli chodzi o wycenę i o ten koszyk świadczeń gwarantowanych, to chciałabym również, żeby te procedury profilaktyczne były należycie traktowane, należycie wycenione. To, czy będziemy tę profilaktykę wdrażać i czy ten stan zdrowia jamy ustnej poprawimy, też zależy od tego, czy będziemy należycie traktować, z szacunkiem zabiegi profilaktyczne. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Te oczekiwania, że wycena świadczeń zdrowotnych dogoni oczekiwania środowiska to jest nierealne. Przecież przy takich nakładach 2% całego budżetu Funduszu Zdrowia na stomatologię to myślę, że długie lata miną, zanim będzie można mówić o jakimś zbliżeniu się do realnych wycen.

Bardzo proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie protetyki stomatologicznej Teresa Sierpińska:

Dzień dobry, Teresa Sierpińska, konsultant krajowy w dziedzinie protetyki stomatologicznej.

Proszę państwa, tutaj dochodzimy chyba do ściany, dlatego że jeżeli pacjent nie podejmuje działań w sensie wyleczenia, wtedy stoimy przed ścianą, jesteśmy w sytuacji konieczności uzupełnienia braków zębowych. Protetyka stomatologiczna, która jest realizowana w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, jest oczywiście bardzo szczątkowa, ponieważ jest możliwość refundacji wyłącznie protezy całkowitej, czyli to jest pacjent, który nie ma ani jednego zęba bądź w jednym łuku nie ma więcej niż 5 zębów. Oznacza mniej więcej tyle, że jeśli pacjent nie posiada na przykład wszystkich siekaczy górnych, 4 zębów, to nie może być zaopatrzony w ramach procedur Narodowego Funduszu Zdrowia.

Rozumiem, że protetyka nie jest dziedziną ratującą życie, natomiast musicie państwo wszyscy zdawać sobie sprawę z tego, że jest to dziedzina, która w największym chyba stopniu, jeżeli chodzi o stomatologię, jest dedykowana osobom w wieku senioralnym, których tak naprawdę nie stać na wykonanie ani protezy, ani korony, ani żadnej procedury, która mogłaby być realizowana w ramach usług świadczeń prywatnych. Jeżeli chodzi o refundację świadczeń protetycznych, to od 2008 r. nie podjęto żadnych działań, które by zmieniały tę refundację. Oznacza to mniej więcej tyle, że w tej chwili mamy taką sytuację, że chyba największy ubytek, jeżeli chodzi o świadczenia realizowane na NFZ, właśnie mamy w dziedzinie protetyki stomatologicznej.

A dlaczego? Dlatego, że jeżeli chodzi o kontrakt, to ten kontrakt jest realizowany w 95%, w zasadzie jako usługa, czyli pacjent otrzymuje protezę. My nie mamy działań profilaktycznych, co więcej, nie możemy nawet wykonać żadnej diagnostyki. Ja mniej więcej 5 lat temu występowałam do ministerstwa i też do NFZ, by można było w ramach świadczeń z protetyki stomatologicznej wykonać diagnostykę w postaci zdjęcia panto-

mograficznego raz na 5 lat. Do dzisiaj, pomimo pozytywnej opinii AOTMiT, nie zostało to wpisane na listę świadczeń gwarantowanych.

W tej chwili mamy oto taką sytuację, że wykonanie protezy to nie są tylko czynności świadczone przez lekarzy w gabinecie, ale to jest też komponenta techniczna, co oznacza mniej więcej tyle, że lekarz musi mieć podpisaną umowę z technikiem dentystycznym. W związku z tym kwota, która wpływa na jego konto, jest pomniejszona o to, co należy zapłacić technikowi dentystycznemu. Oznacza to, że technik podnosi koszty wykonania protezy w zasadzie w nieograniczony sposób. Natomiast lekarz tego zrobić nie może, co spowoduje to, że ten ubytek dochodu jest bardzo istotny.

Na prośbę AOTMiT-u przedstawiliśmy wycenę świadczeń gwarantowanych. Okazało się, że po odtrąceniu kosztów technika i całej obsługi gabinetu lekarzowi zostaje około 1200 zł z całego kontraktu. To jest dochód miesięczny. Od tego należy zapłacić jeszcze ZUS i wszelkie pochodne. Nie do końca więc wiemy, jak to się ma do zagwarantowanej ustawowo pensji, w określonej kwocie, która od 1 lipca ma zostać podwyższona.

Problem z protetyką stomatologiczną jest jeszcze jeden, a mianowicie taki, że w zasadzie w tej chwili świadczeniodawcy prywatni wycofują się ze świadczenia usług, ponieważ w zasadzie tylko jedna procedura jest procedurą dochodową. To jest procedura wykonania protezy całkowitej. Naprawy protez i protezy tak zwane małe są realizowane poniżej kosztów, to znaczy, refundacja jest poniżej faktycznych kosztów. Tutaj mówiliśmy o tym, że tylko 17% świadczeń jest realizowanych w ramach usług prywatnych. To są świadczenia realizowane głównie przez lecznice przy uniwersytetach medycznych. W tej chwili jest taka sytuacja, że na uniwersytetach medycznych nie chcą pracować specjaliści, ponieważ pensja lekarza dentysty czy też lekarza w ogóle, który pracuje na uniwersytecie medycznym, podlega regulacjom takim jak nauczyciele w uniwersytetach. Ma się to nijak do pensji, którą gwarantuje ustawodawca specjalistom. Jest tutaj bardzo duży rozdźwięk. My jako uniwersytety mamy zatrudniać specjalistów, do czego obliguje nas ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty i nie tylko. Proszę państwa, ta rozbieżność jest praktycznie dwukrotna i nie możemy oczekiwać zwiększenia liczby lekarzy dentystów kształconych w uniwersytetach w sytuacji, kiedy my nie mamy kim kształcić. Problem narasta i tak naprawdę od 1 października my będziemy w takiej sytuacji, że zostaną osoby na uczelniach, które są wyłącznie w wieku przedemerytalnym bądź też już emerytalnym. My nie możemy oczekiwać zwiększenia liczby lekarzy dentystów kształconych w uniwersytetach medycznych. To chyba warto sobie uświadomić.

Wracając do protetyki stomatologicznej, mam nadzieję, że zgodnie z obietnicą w tym roku w końcu zostaną podjęte działania, które poprawią wyceny świadczeń w dziedzinie protetyki stomatologicznej i liczę na to, że te procedury, które przeszły pozytywnie opinię AOTMiT-u, zostaną włączone do koszyka świadczeń gwarantowanych. Problem narasta i on będzie narastał z każdym dniem, zwłaszcza że w tej chwili już technicy mówią, że koszty materiałowe podniesiono o 30%, co oznacza, że koszty te zostaną przełożone lekarzy dentystów, trzeba sobie to uświadomić, że w konsekwencji na pacjenta. Będzie tutaj duży problem, ponieważ jeśli ostatnia procedura, która przynosi lekarzowi dentyście dochód, stanie się procedurą nieopłacalną, należy się liczyć z tym, że pacjenci, zwłaszcza starsi, nie będą mieli dostępu do świadczeń z zakresu protetyki stomatologicznej. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo za te smutne informacje.

Kto z państwa? Bardzo proszę.

Konsultant wojewódzki w dziedzinie periodontologii Maciej Nowak:

Maciej Nowak Mazowiecki, mazowiecki konsultant wojewódzki w dziedzinie periodontologii.

Ja chciałem podzielić się taką refleksją, a wstępem do tej refleksji są dane epidemiologiczne, które pokazują, że w Polsce mamy najgorszą sytuację, zarówno co do chorób przyzębia, jak i choroby próchnicowej zębów oraz mamy największy odsetek bezzębnych Polaków i to nie tylko w porównaniu do bogatych krajów zachodnich, Niemiec, Szwecji, ale porównując do krajów podobnych do nas jak Czechy, Słowacja, Bułgaria, Rumunia.

Musimy zastanowić się nad alokacją tych środków finansowych, które przeznaczamy, czy ta alokacja jest właściwa. Chciałbym swoją wypowiedź ograniczyć do trzech zasadniczych punktów.

Po pierwsze, jak wprowadzaliśmy reformę ochrony zdrowia na początku lat 2000, kiedy powstawały kasy chorych, kiedy trzeba było wycenić świadczenia, bo nie było wiadome, ile kosztuje wyleczenie zęba w Gdańsku, a ile Warszawie, ile w Łodzi, ile Katowicach, w powiecie wołomińskim, w powiecie łódzkim, to zasadne było wprowadzenie refundacji świadczeń stomatologicznych, na zasadzie fee-for-service, czyli procedura refundacji procedury. Ale mamy już 20 lat od tego czasu, już dokładnie wiemy, ile kosztuje procedura. Mamy urząd w postaci Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Teraz, pytanie, czy trwanie przy systemie fee-for-service nie generuje pustych procedur.

Jeżeli zaczniemy śledzić statystykę Funduszu Zdrowia i się okaże, że proste usunięcie zęba… żadne nie jest proste, ale jest zaraz ubrane w cały wianuszek, płukanie wszystkich kieszonek, badanie błony śluzowej, to mamy mnożenie tych procedur, co jest oczywiste, bo taki jest system. Dlatego może zastanówmy, czy nie przyszedł czas, żeby, jeśli chodzi o stomatologię ogólną… Wiadomo, że w specjalistyce musi tak pozostać, ale stomatologia ogólna, którą Polska stoi, czyli powiaty, miasta, miasteczka, nie mamy specjalistów. Specjaliści, którzy tu występują, to są przedstawiciele wysoko referencyjnych jednostek ochrony zdrowia, których w Polsce jest tak naprawdę mało. To nie ci specjaliści będą w powiatach leczyli ludzi i powodowali, że wskaźnik próchnicy, wskaźnik utraconych zębów będzie malał, tylko stomatolog pracujący w powiecie.

Teraz pytanie zasadnicze, czy nie przyszedł czas, żeby wprowadzić ryczałt, opieki ryczałtowej, tak jak ma to miejsce w POZ. Czyli stomatolog opiekuje się pewną grupą swoich pacjentów, w jego interesie jest, żeby wyleczyć tego pacjenta, aby jak najrzadziej się w gabinecie zjawiał, to znaczy raz do roku – przyjmujemy takie minimum profilaktyczne. Trzeba przeprowadzić to intensywne leczenie, a potem, że tak powiem, spijać śmietankę, mieć wianuszek wyleczonych pacjentów, którzy zgłaszają się na wizyty profilaktyczne.

Drugi punkt mojego wystąpienia odnośnie do specjalisty, konsultanta czy osoby nadzorującej czy reprezentującej środowisko stomatologów ogólnych… Tutaj mamy wysokiej klasy specjalistów i każdy będzie opowiadał o swojej dziedzinie, bo wiadomo – koszula bliższa ciału, czyli periodontolog będzie mówił o leczeniu choroby przyzębia dziąseł, stomatolog dziecięcy – o dzieciach, protetyk – o protezach. Nie mamy jeszcze chirurga, który by opowiadał o usuwaniu zębów, o kosztach z tym związanych i o niedofinansowaniu. Nie mamy ortodonty, który by opowiadał o swoich sprawach. Natomiast, żeby całościowo ująć tę opiekę, myślę, że w strukturze taka osoba czy instytucja przydała…

Trzeci punkt wypowiedzi i ostatni dotyczy profilaktyki. Kiedyś prowadziłem taki program profilaktyczny z miastem Warszawa jako Mazowieckie Centrum Stomatologii. Był to doskonały program, prowadzony w żłobkach, przedszkolach, który obejmował dzieci, ale i rodziców. Wiadomo, że to są rodzice w wieku rozrodczym, czyli prawdopodobnie będzie kolejne potomstwo, żeby już wdrożyć tę profilaktykę na podstawie spotkań, badania dzieci. Niestety takiego obowiązku urząd miasta nie miał, więc jak pieniędzy zabrakło, zlikwidował nagle ten program. Można by się zastanowić, czy nie zobowiązać ustawowo samorządów lokalnych do prowadzenia profilaktyki stomatologicznej. Dziękuję bardzo za uwagę.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos? Wiele pytań. Pan dyrektor tam skrzętnie notował. Szkoda, że nie ma z nami pana ministra czy też któregoś z panów wiceministrów, ponieważ w tym naszym zacnym, potrzebnym tutaj towarzystwie nie rozwiążemy problemów, ale myślę, że wszelkie uwagi zostaną przekazane w takiej czy innej postaci. Jeszcze pani profesor prosiła o głos. Bardzo proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej Dorota Olczak-Kowalczyk:

Jeśli można, bo chciałam się odnieść do tego, co kolega powiedział. Kilka lat temu składaliśmy taki projekt, proponowaliśmy trochę zmianę systemową opieki stomatologicznej tej ogólnie, w Polsce. W tym projekcie były wstępne spotkania, wstępnie rozmowy, była tak zwana opieka podstawowa. Mówiliśmy wtedy głównie o dzieciach, ale myślę, że jest to istotne w każdej reprezentowanej przez nas dziedzinie. Ważna jest podstawowa opieka, a do tego powinny być ośrodki, które posiadają kontrakty specjalistyczne w różnych dziedzinach. Myślę, że gdyby było coś takiego, to byłoby jasne i klarowne. Natomiast w tej chwili mamy taką sytuację, że ten pacjent nie jest prowadzony we właściwy sposób, on się udaje w różne miejsca i różne rzeczy są mu robione, to po pierwsze. Nie ma zapewnionego tego podstawowego leczenia, tylko zgłasza się ze wszystkim do każdego.

Wydaje mi się, że to jest naprawdę do rozważenia, żeby ten dwustopniowy system zastosować również w stomatologii, aby podstawowe świadczenia były ogólnie, a gdy trzeba, to jest kontrakt specjalny, udaje się taki pacjent do konkretnego specjalisty. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Do mikrofonu bardzo proszę, pani profesor.

Konsultant krajowy w dziedzinie periodontologii Renata Górska:

Powiedziałam, że to by było na wzór tego, jak jest w medycynie. Lekarz rodzinny zajmuje się od początku do końca danym pacjentem i dba o jego zdrowie. Muszę się tu przychylić, bo swoją wypowiedź ograniczyłam do minimum. Nie wiedziałam, że można tak długo mówić, ale odniosę się do koleżanek, które mówiły wcześniej.

Do periodontologów trafiają pacjenci, również seniorzy, i mogę powiedzieć, na przestrzeni ostatnich 2 lat, kiedy prowadzę zajęcia ze studentami, gdzie przychodzą do nas pacjenci, średnia wieku jest znacznie powyżej 75., 80. roku życia, a uzębienie jest dramatyczne. Dramatyczne.

Gdyby rzeczywiście nie ośrodki akademickie, które posiadają specjaliści w różnych zakresach i mają możliwość konsultowania się ze sobą, to jest jedyne centrum, w którym pacjent na Narodowy Fundusz Zdrowia może takiej opieki doznać. Taka jest prawda. To są ośrodki akademickie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Ten projekt opieki na wzór POZ na pewno jest godny zastanowienia, na pewno by się przydał. Z naszej dzisiejszej rozmowy wynika, że państwo od wielu lat przekazujecie do resortu swoje projekty, programy. Bywałem w tym ministerstwie, bo rzeczywiście tam tyle szuflad jest, że wiele rzeczy można tam jeszcze poukładać. Poza tym też, trochę żartobliwie, ciągłe zmiany w kierownictwie resortu nie sprzyjają niektórym dziedzinom medycyny, więc jakby siła i moc konsultantów jest bardzo istotna w kontakcie z resortem.

Pan dyrektor tutaj aż kipi z chęcią przekazania dobrych informacji dla państwa i na pewno na wiele pytań będzie chciał, przynajmniej spróbować, odpowiedzieć. Potem podsumujemy. Zatem bardzo proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

Dziękuję, panie przewodniczący. Z uwagą słuchałem tego wszystkiego, co zostało dzisiaj powiedziane. Zacznijmy od pryncypiów, czyli od programu, który będzie mówił o finansowaniu ryczałtowym populacji na danym terenie. Proszę państwa, fajnie to wygląda, jeżeli chodzi o podstawową opiekę zdrowotną, z jednego prostego powodu. Od lat i od zawsze ludzie leczyli się wyłącznie w swojej przychodni rejonowej, w swoim ZOZ, jeżeli chodzi o świadczenia ogólne: z przeziębieniami tam chodzili, po zwolnienia tam chodzili, prowadzili tam choroby przewlekłe. Natomiast dwie dziedziny medycyny, jakby niezależnie od czasów czy od ustroju, który słusznie jest miniony, były mocno sprywatyzowane. To było położnictwo, ginekologia i to była właśnie stomatologia. Od dawien dawna leczono się stomatologicznie prywatnie, z tego powodu bardzo trudno będzie cokolwiek z tym zrobić.

Poza tym, o ile średnia chorób w populacjach jest mniej więcej taka sama, to proszę państwa, zupełnie inna jest sytuacja stomatologa w Podkowie Leśnej… W Podkowie Leśnej w ogóle nie ma stomatologa. W tej chwili wszyscy się tam leczą wyłącznie prywatnie. Stomatolog na NFZ by się tam nie utrzymał, natomiast gdyby był ryczałt, to nie miałby nic do roboty, ponieważ tam wszyscy są przeleczeni. Zupełnie inaczej będą wyglądały wiejskie czy miejskie, małomiasteczkowe gminy na terenie Dolnego Śląska czy na terenie Warmii i Mazur i zupełnie inny wkład trzeba będzie zrobić, za ten sam ryczałt, żeby osiągnąć stan pełnego wyleczenia całej populacji.

Dlaczego czuję się uprawniony, żeby to mówić, proszę państwa. 33 lata temu to był 21 stycznia 1989 r., brałem ślub ze studentką stomatologii. Ta studentka stomatologii od 20 lat pracuje na kontrakcie, lecząc mieszkańców małej gminy na Dolnym Śląsku. To jest mniej więcej 4,5 tys. ludzi z dużym bezrobociem. Jest tam i protetykiem, i chirurgiem stomatologicznym, stomatologiem dziecięcym, stomatologiem ogólnym. Sprawuje opiekę nad całą tą populacją. Jest to główne źródło jej przychodów. Jak na razie jakoś to wychodzi.

Potwierdzam większość tez, które tutaj padły, natomiast, proszę państwa, jeżeli chodzi o dostęp do świadczeń stomatologicznych, te 17%, o których mówimy, to jest 17% usług refundowanych ze środków publicznych. 4/5 rynku leczy się prywatnie. Jeżeli chodzi o stomatologów w Polsce, mamy ich naprawdę dużo. W porównaniu z krajami zachodnimi nigdy, proszę zauważyć, nie byliśmy zestawiani jako ten kraj, który ma słaby dostęp do lekarzy stomatologów. Jest ich mniej więcej na poziomie bogatych nawet krajów unijnych.

Natomiast, to oznacza, że mimo bardzo dużej liczby stomatologów, problemy są okrutne. To znaczy, nawet ci wszyscy stomatolodzy na poziomie krajów unijnych nie wystarczają do tego, żeby wyleczyć całą populację, niezależnie od tego, czy mówimy o środkach prywatnych, publicznych, czy jakichkolwiek innych. Wydaje się, że problem nie jest z tym, jak zapewnić dostęp, tylko kiedy zacząć uczyć. Wydaje mi się, że problemy są rzeczywiście związane przede wszystkim z edukacją i z zapobieganiem. Większość bogatych krajów Zachodu postawiła na bezpłatną stomatologię tylko w jednej grupie – do 18. roku życia. Potrzeba skomplikowanych pakietów i dodatkowych ubezpieczeń, żeby móc się leczyć po 18. roku życia, jeżeli chodzi o stomatologię… Natomiast wszystkie kraje gwarantują to świadczenie od 18. roku życia po to, żeby regularnie pilnować i żeby dbać o to, żeby nie dopuść do tego, że cokolwiek z tymi zębami będzie się działo.

Natomiast problemem jest rzeczywiście to, że nie ma wielkiego nacisku na te świadczenia. Padło tu wiele argumentów o materiałach, o dostępie do nowoczesnych technologii. Proszę państwa, na pewno nie dorównamy do cen rynkowych, bo nigdzie nie jest tak, że system publiczny ma takie same ceny jak system rynkowy. Te ceny zawsze są wyższe, jeżeli chodzi o rynek. Natomiast rozbieżność cen w stomatologii jest duża. Dlatego myślę, że dobrze, że w ogóle zaczęły się jakiekolwiek prace. Tak jak państwo mówią, właściwie od samego początku te ceny nie były rewidowane i są to pierwsze zmiany. Nie są to zmiany pozorne, bo tak jak mówiłem, ceny w endodoncji zwiększyły się kilkakrotnie co do większości procedur. Najdroższe procedury endodontyczne kosztują 700 zł, na pewno nie dorównuje to rynkowi prywatnemu, ale nie było takiego zamiaru. Chodziło o to, żeby te ceny były choć trochę realne.

Kolejne rzeczy, które będą w chirurgii stomatologicznej… postaram się udostępnić tę wycenę AOTMiT-u, bo z głowy tego wszystkiego nie powiem. Nie znam wszystkich procedur na pamięć. Tym bardziej, że jest pewnego rodzaju zmiana sposobu myślenia. Na pewno są tam badania, nie tylko samo usuwanie zębów, tego jestem pewien. Natomiast pewna rewolucja polega na tym, że połączono niektóre czynności w pakiet. Jaki sens ma płacenie osobno za znieczulenie, osobno za usunięcie zęba, osobno za opatrunek, skoro wiadomo, że te trzy rzeczy jakoś tak zwykły chodzić ze sobą w komplecie. Sprawozdawanie każdej procedury osobno nie ma sensu, tak że będzie to płacone jakby za całą usługę. Chcemy odejść od tego płacenia za procedury i takiego ich mnożenia.

Chcę jeszcze powiedzieć, że to nie jest mowa wyłącznie o świadczeniach specjalistycznych, ponieważ te same procedury są także w praktykach ogólnostomatologicznych,

praktykach dziecięcych i wielu innych miejscach. To jest zmiana wyceny samej procedury, a nie chirurgii stomatologicznej jako jednego zakresu.

Konsultant krajowy w dziedzinie periodontologii Renata Górska:
Czyli periodontologii to nie obejmuje?

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:
Częściowo obejmuje. Ja z głowy nie powiem, które procedury. Obejmuje to tak naprawdę wszystkie zakresy stomatologiczne, w których te procedurę będą się znajdowały. To jest tak jak usunięcie zęba. Jeżeli do tej pory kosztowało 10 punktów, to będzie kosztować 40 punktów. Przy czym rzucam ceny z kapelusza, od razu mówię. To będzie oznaczało, że i w ogólnostomatologicznej, i w dziecięcej, i w periodontologii, i w chirurgii stomatologicznej, i wszędzie, gdzie można usunąć zęba, będzie to nowa wycena. I to samo będzie z tymi procedurami. Wyceniamy procedury, nie zakresy, dlatego to będzie miało zastosowanie do całej stomatologii.

Mowa była o 20% więcej stomatologii. Już jest 50%, tak że to jest ze współczynnikiem półtora… to jest rozliczane w praktykach ogólnostomatologicznych, czyli dziecięca nie jest o 20% droższa albo leczenie dzieci nie jest o 20% droższe, tylko o 50% droższe. W takich gminach, jak gmina mojej żony… moja żona leczy też wszystkie dzieci, które tam są na miejscu, nawet w miarę regularnie chodzą. Niektóre boją się bardziej, niektóre mniej, ale jakoś wydaje mi się, że moja żona ma rękę do dzieci, więc jakoś jej się to powodzi.

Dzięki środkom z Funduszu Medycznego… Chcę też przypomnieć, że są to w praktyce świadczenia nielimitowane: ile się tych świadczeń zrobi, za tyle Narodowy Fundusz Zdrowia zapłaci, trzeba tylko dokonać odpowiedniej operacji przed rozliczeniem świadczeń. One są odkładane na później. Stomatologia dziecięca w gabinetach ogólnostomatologicznych i każdych innych jest de facto produktem nielimitowanym, płaconym z funduszu medycznego, czyli ze środków, które są odkładane na ten cel w innym miejscu, czyli jakby spoza składek. Dziękuję.

Konsultant krajowy w dziedzinie protetyki stomatologicznej Teresa Sierpińska:
Przepraszam, a czy planuje się jakieś ruchy, jeśli chodzi o protetykę stomatologiczną? Wydaje mi się, że nie usłyszałam odpowiedzi na swoje uwagi.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:
Wiem, że wszystko jest planowane w pewnym, rozsądnym układzie czasowym, natomiast nie podejmuję się odpowiedzi na pytanie, w którym momencie zostanie to wykonane przez AOTMiT. Z całą pewnością do wyceny jest cała stomatologia. W związku z ustawą o wynagrodzeniach rozpatrywane są dwa modele, które mają wejść. Jeden model jest na ogólnych zasadach, takich jak obowiązywały do tej pory, czyli dokładanie do poszczególnych zawodów. Natomiast drugi model to jest próba oszacowania kosztów we wszystkich rodzajach świadczeń i wtedy będzie się to odbywało poprzez zmianę wyceny. Preferowany jest pierwszy model, ale to, że drugi nie będzie, nie jest jeszcze przesądzone.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):
Dziękuję bardzo.

W tym dużym pakiecie kłopotów, problemów i braku reakcji resortu jest jedno pocieszające. Pan dyrektor rodzinnie reprezentuje tę część stomatologii. Myślę, że dobrze się stało, że jest pan dziś z nami.

Powolutku będziemy zbliżali się ku końcowi. Taka prośba, żeby państwo zebrali te wszystkie postulaty i uwagi, o których mówiliśmy, w jakiś jeden, wspólny projekt, który prześlemy do Ministerstwa Zdrowia. Swoją drogą my jako parlamentarzyści jesteśmy w dyspozycji, jeśli chodzi o składanie pytań, interpelacji. Dlatego bardzo proszę, jeżeli jest jakiś problem konkretny, możemy prosić o przekazanie do nas tych propozycji, na naszą poselską skrzynkę mailową czy jakąś inną i na pewno będziemy bardzo chcieli państwu pomagać i wspierać w taki sposób, jaki możemy. Innej formy nie ma. Chcielibyśmy, żeby zawsze, czy nasze zespoły merytoryczne, medyczne, czy też te nasze podkomisje kończyły się taką informacją, którą wysyłamy do resortu zdrowia z prośbą

o odpowiedź. Najczęściej ją otrzymujemy, ale pan dyrektor mówi, że trwają prace. Pan dyrektor osobiście przewietrzył nam tu wiele tamtych szuflad i regałów, tak że myślę, że będzie jakiś postęp.

Jeżeli chcecie państwo coś dodać…

Konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją Agnieszka Mielczarek:

Ja tylko przepraszam, jedno takie niemerytoryczne pytanie, czysta ciekawość. Ile członków liczy państwa komisja?

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

To jest podkomisja stała, liczy dziewięcioro członków. To nie jest Komisja Zdrowia stricte, która liczy chyba 30 członków.

Konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją Agnieszka Mielczarek:

Tak, bo dostaliśmy zaproszenia na Komisję Zdrowia, stąd moje zdziwienie taką małą liczebnością. Dziękuję bardzo za wyjaśnienie.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Poza tym my też szukamy terminu, godziny, bo ciągle trwają prace w komisjach, podkomisjach na sali parlamentarnej, więc nasza dzisiejsza próba spotkania była taką pierwszą po wielu latach. Ja bardzo bym chciał, żebyśmy spotkali się na Komisji Zdrowia, tej całej, z państwa problemami, kiedy pan minister albo któryś z panów wiceministrów będzie obecny. Mamy taką nadzieję, będziemy do tego dążyli, ale rozpocznijmy może od kontaktów w takiej formule, takich dezyderatów i wspólnych wniosków i interpelacji, które będziemy dla państwa składać.

Konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją Agnieszka Mielczarek:

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Jeżeli nie macie państwo więcej pytań, to zamykam posiedzenie podkomisji. Jeszcze raz bardzo serdecznie dziękuję za udział i proszę pana dyrektora o mocne wsparcie tej dziedziny, również w interesie rodziny.